FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

43

Année 1903

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 25 Novembre 1903, à 1 heure

Par L. VAUBOURDOLLE

Aucien Externe des hôpitaux.

Sur les Appendices Branchiaux du Cou

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

RECLUS, GOSSET, agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1903

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	TERRIER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BESANÇON.	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOSSET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Auguste).	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André).	GUIART.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNÉO.	JEANSELME.	RÉMY.	WALTER.
DEMELIN.	LANGLOIS.	RENON.	WIDAL.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD	WURTZ.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

« *Témoignage de profonde reconnaissance* »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux
Vice-Président de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

INTRODUCTION

Pendant notre année d'externat à la consultation de chirurgie de l'hôpital Cochin, nous avons eu l'occasion de voir un appendice congénital du cou. Ce cas a semblé assez intéressant au point de vue anatomique et pathologique pour faire de la part de mon maître l'objet d'une communication à la Société de chirurgie (séance du 28 octobre 1903). M. Rieffel, dans son travail, ne s'occupe que des points les plus saillants, et il nous a engagé à faire une étude un peu détaillée des faits de même ordre, et à les rassembler pour constituer le sujet de notre thèse inaugurale.

Avant d'aborder ce travail, il nous est un devoir, agréable à remplir, c'est de remercier ceux dont l'obligeance et les bons conseils ne nous ont jamais fait défaut pendant nos années d'étudiant.

A nos maîtres de l'école et des hôpitaux de Limoges : MM. Boulland, Périgord, J. Lemaistre, Donnet et particulièrement le professeur Raymond, dont nous

avons eu l'honneur d'être l'interne et qui n'a cessé de s'intéresser à nous.

A nos maîtres des hôpitaux de Paris : MM. les professeurs Cornil, Pinard ; M. Hudelo.

A mon maître Thoinot, de l'affabilité, des sages leçons et des bons conseils duquel nous garderons un précieux souvenir.

A mon maître Rieffel, l'inspirateur de ce travail, qui, dans nos rapports, a mis tant de bienveillance et de cordialité que nous lui devons plus que de la reconnaissance.

A tous ces maîtres nous adressons nos remerciements les plus sincères.

M. le professeur Tillaux, en acceptant la présidence de notre thèse, nous fait un honneur dont nous reconnaissons le prix, et qui lui vaudrait toutes nos sympathies, si elles ne lui étaient déjà acquises.

CHAPITRE PREMIER

Avant-propos. — Aperçu historique. — Etiologie.

Parmi les anomalies de l'appareil branchial, il en est qui ont fait l'objet de travaux fort importants. Ce sont particulièrement les fistules, les kystes, les épithéliomas. La chose n'est pas surprenante en raison de la fréquence de ces lésions et de leur importance au point de vue clinique.

Les appendices congénitaux du cou sont, eux aussi, un vice de conformation dépendant des arcs viscéraux ou pharyngiens ; mais ils représentent une malformation tout à fait exceptionnelle et n'offrent guère d'intérêt clinique.

Ce qui constitue l'attrait de notre étude, c'est principalement l'anatomie pathologique et la pathogénie.

Ce n'est pas à dire qu'ils aient passé complètement naperçus. En effet, on les trouve bien étudiés dans les

ouvrages de MM. les professeurs Lannelongue (1), Kirmisson (2) et dans l'article de M. A. Broca (3).

Ces auteurs réunissent sous un même chapitre, tout à la fois, les appendices congénitaux de la face et ceux qu'on observe au niveau de la région cervicale. Ils les désignent en bloc sous le nom de fibro-chondromes branchiaux, terme exact dans bien des cas, mais prêtant cependant lieu à la critique ainsi que nous le montrerons plus loin.

Si l'étude de la première variété d'appendices a été poussée très loin et se trouve faite dans les mémoires de Lannelongue (4), de Launois (5) et de L. Marc Hadour, de Virchow (6), de Ballantyne (7).

En revanche l'étude des appendices branchiaux du cou a été complètement laissée dans l'ombre, ou pour parler plus exactement, on a voulu de tous point les superposer aux excroissances de même nature qu'on observe à la région parotidienne et préauriculaire. As-

(1) *Lannelongue et Achard.* Traité des kyst. cong., 1886, p. 172.

(1) *Lannelongue et Ménard.* Affect. cong., 1891, p. 538.

(2) *Kirmisson.* Traité des mal. d'orig. cong., 1898, p. 168.

(3) *A. Broca.* Traité de chir. Duplay et Reclus, t. V, p. 57.

(4) *Lannelongue.* App. cong. de la face. Bull. et Mem. de la Soc. Chir., 1882.

(5) *Launois et L. Marc Hadour.* Les malform. congénit. de l'oreille ext. Revue d'orthopédie, 1903, nº 1, p. 3.

(6) *Virchow.* Ueber die Enstehung des Enchondroms Monatss d. Akad, d. Viss zu Berlin, 1875, p. 771.

(7) *Ballantyne.* Preauricular or branchial appendage. Teratologia, janvier 1895, t. II, p. 18.

surément, il y a entre ces deux variétés d'anomalies congénitales, de très nombreux points de contact. Il est cependant quelques différences et ce sont elles que nous voudrions essayer de mettre en lumière, en nous inspirant des idées émises par notre maître M. Rieffel.

Nous établirons donc, chemin faisant, chaque fois que l'occasion s'en présentera, un parallèle entre les appendices de la face et ceux du cou.

Etiologie

Fréquence. — Ainsi que nous l'avons dit, ces appendices sont tout à fait rares et, en cherchant bien, nous n'avons trouvé que trente-sept cas d'appendices cervicaux, en spécifiant qu'il s'agit uniquement des appendices du cou et non de ceux de la face, de valeur très inégale, en ce sens que beaucoup d'observations sont incomplètes. Quelques-unes d'entre elles n'indiquent ni le sexe ni l'âge du sujet, ni parfois le siège de l'excroissance, et dans un certain nombre de cas, l'examen anatomique n'a pu être pratiqué.

Sexe. — Il semble d'après notre petite statistique, que les appendices congénitaux s'observent un peu plus souvent chez les garçons que chez les filles. Nous relevons dix-sept garçons, sept filles, dans treize cas, le sexe n'est pas indiqué.

Hérédité. — On sait que les fistules congénitales

en particulier, sont souvent héréditaires. On a observé également pour certains appendices de la face des phénomènes de ce genre, soit chez les collatéraux, soit chez les ascendants. Il est curieux de constater que rien de semblable n'existe dans toutes les observations d'appendices recueillies par nous et suffisamment explicites à cet égard.

Date d'apparition.— Les enfants atteints de cette malformation la portent presque toujours en naissant. Dans un seul cas il semble que l'appendice ne se soit manifesté que tardivement (observ. XII).

CHAPITRE II

Anatomie pathologique.

Siège. — Les appendices congénitaux du cou sont plus souvent unilatéraux que bilatéraux. Alors qu'ils sont unilatéraux on les trouve indifféremment sur les deux côtés du cou.

Ainsi nous relevons d'après les trente-deux observations que nous rapportons, auxquelles nous ajoutons les cinq faits très écourtés par Weinlechner :

Appendices bilatéraux : 10
Appendices unilatéraux : 27

et dans ce dernier cas :

Siégeant à droite : 11 fois
Siégeant à gauche : 14 fois
Côté non indiqué : 2 fois

Mais à un autre point de vue, le siège doit être étu-

dié avec le plus grand soin ; nous voulons dire par rapport au sterno-mastoïdien. En analysant à ce sujet les observations, on trouve une prédilection considérable pour un point répondant au bord antérieur du muscle à peu près à deux ou trois centimètres, au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Ce siège est indiqué vingt-huit fois sur trente-sept.

Dans les onze autres cas, ils occupent un niveau un peu supérieur ; on peut les trouver au voisinage du corps thyroïde (Obs. VIII), mais jamais ils ne dépassent l'os hyoïde qu'ils peuvent atteindre (Obs. VIV, Birkett) ou tout au moins n'envahissent pas la région parotidienne. Ceux qui occupent cette région ne nous intéressent pas et appartiennent à la face.

Mais, quel que soit le niveau qu'ils occupent, ils restent fidèles à leur topographie par rapport au sterno-mastoïdien et ne quittent guère son bord antérieur. Nous allons y revenir.

Ajoutons encore que lorsque les appendices sont bilatéraux, ils sont presque toujours symétriques ou qu'il y a très peu de différence entre leurs niveaux respectifs.

La situation des fistules bronchiales est d'une façon générale à peu près la même que celle des appendices du cou, bien que certaines occupent parfois la ligne médiane. Elles siégent le plus souvent à deux ou trois travers de doigt au dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Elles sont aussi à peu près symétriques, quand elles sont bilatérales. Le plus souvent (40 sur 64), enfin, elles sont unilatérales. Dans ce dernier cas,

on a noté des exemples, rares il est vrai, où il y en avait plusieurs échelonnées d'un même côté. Acterson rapporte un cas de trois fistules unilatérales chez le même malade.

Nombre. — Lorsque les appendices sont unilatéraux, il n'y en a jamais qu'un seul, et lorsqu'ils sont bilatéraux, il n'y en a jamais qu'un de chaque côté. C'est assez intéressant, parce que les tumeurs parentes de la face sont souvent en nombre multiple, quatre ou cinq, soit rapprochées, soit disséminées en plusieurs points.

Forme de l'appendice. — S'il est petit, l'appendice ressemble à une verrue ou à un haricot. Lorsqu'il grossit, il se détache nettement des téguments et forme toujours de petites tumeurs pédiculées, souvent en massue, qu'on compare, suivant les cas, à une apophyse coracoïde ou à un doigt fléchi, etc.

Le plus souvent, leur surface est irrégulière et bosselée par suite des inégalités du cartilage.

Direction. Fixité. — Ces appendices se pendent tantôt librement, dans n'importe quel sens, mais le plus souvent on les trouve légèrement fixés et inclinés en bas et en arrière. Si dans les mouvements du cou, les contractions du sterno-mastoïdien, ils conservent parfois leur mobilité primitive, dans d'autres cas ils subissent un changement défini de direction, deviennent un peu moins mobiles et paraissent obéir à la contraction musculaire.

Consistance. — Ces appendices ont une consistance ferme, élastique et toujours, lorsqu'on les palpe avec attention et qu'on les serre entre les doigts, on les sent occupés, à leur partie centrale, par une masse plus résistante qui rend compte, jusqu'à un certain point, de leur direction particulière. Cette consistance et notamment la présence de cette masse dure au centre, sont des caractères d'une certaine valeur qu'il faut bien mettre en relief, car s'ils sont semblables pour beaucoup d'appendices de la face, en revanche, on en rencontre parmi ces derniers qui sont mous, flasques, de consistance lipomateuse, et qui ne renferment aucune masse résistante. Au contraire, dans toutes nos observations, sans exception, la présence de cette tigelle dure est notée et, disons-le de suite, elle est constituée par du cartilage.

Aspect à la coupe et dissection. — La coupe est normale, parfois on l'a trouvée recouverte d'un duvet plus abondant que sur la peau voisine. Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané est plus ou moins modérément développé. Dans certains cas, il est spécifié qu'il était particulièrement vasculaire et riche en filets nerveux (voir obs. VIII Reverdin et Mayor. On a même vu le centre de l'appendice occupé par une artériole, de la base au sommet (obs. XIV). Mais ce qui importe particulièrement en poursuivant la dissection, c'est la présence de la lame dure formée par du cartilage.

Ce cartilage se présente presque toujours sous l'aspect suivant. C'est rarement une tige arrondie et

simple ; ordinairement, elle est aplatie, anguleuse et divisée en deux travées (voir notre observation) et dans quelques cas, on voit l'extrémité distale du cartilage rattaché à la peau par de petits tractus fibreux. Quant à l'extrémité proximale du cartilage, les auteurs se sont toujours beaucoup attachés à la poursuivre, mais ils sont toujours arrivés à des résultats négatifs. Ils n'ont pas réussi à mettre en évidence une continuité de la pièce cartilagineuse avec l'un des cartilages du larynx, avec un ligament, avec la grande corne de l'os hyoïde.

Tout ce qu'on a pu constater, c'est, dans quelques cas, de voir le cartilage se recourber autour du bord antérieur du sterno-mastoïdien, paraissant pénétrer vers la profondeur. Ceci nous ramène aux relations de la tumeur avec le muscle précédent. En effet, leur point d'implantation est en connexion intime et constante avec le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien ; même dans les cas où ils paraissent accolés à son bord postérieur ou à sa face superficielle, on a reconnu, en les disséquant, sur le vivant ou sur le cadavre, que cette apparence résultait d'une adhérence un peu intime à l'aponévrose d'enveloppe de ce muscle. Le cartilage est entouré d'un périchondre d'épaisseur variable et souvent également très vasculaire (voir obs. VIII). Dans un seul cas, c'était de l'os ; mais, dans ce fait rapporté par Santesson, il s'agit d'une observation remontant à 1856, et dont nous ne tiendrons pas compte, vu son ancienneté, dans notre étude microscopique ultérieure.

Examen histologique. — Dans tous les cas examinés avec soin, on a constaté que le cartilage qui forme la partie la plus intéressante de l'appendice était constitué par du cartilage réticulé ou fibro-élastique. On pourra lire quelques examens histologiques détaillés dans les observations de MM. Kirmisson, Lannelongue et Ménard.

Voici les notions générales qui se dégagent. Les cellules cartilagineuses sont comprises dans un réseau assez épais de fibres élastiques. Parfois, elles sont toutes semblables au point de vue de leur forme et de leur volume, parfois au contraire il existe une différence assez appréciable entre celles qui occupent le centre ou la périphérie. Les premières sont souvent assez écartées les unes des autres, arrondies ou ovalaires, celles de la périphérie étant plutôt fusiformes et serrées les unes contre les autres. On cite des cas dans lesquels on a trouvé jusqu'à trois à cinq chondroblastes dans une même cellule cartilagineuse. Dans d'autres cas, on a noté, au centre même du cartilage, la présence de lacunes et de vaisseaux indiquant à ce niveau un processus de résorbtion et de désagrégation.

Mais ce qui nous paraît bien intéressant à noter c'est l'état du périchondre. Déjà nous avons dit qu'il était constant et souvent riche en vaisseaux capillaires. A sa face profonde sont disposées des cellules dites sous-périchondriques. Et l'on sait, en se rapportant aux données de l'anatomie normale, que c'est aux dépens de ces cellules que le cartilage croit en épais-

seur. Or, si le périchondre se trouve parfois dans un état indifférent, dans d'autres cas il semble que ses éléments cellulaires soient en voie d'activité et de prolifération, et différents auteurs, Zahn, par exemple, insiste sur ce point que dans un de ces cas on trouvait dans le périchondre près du cartilage adulte des foyers cartilagineux jeunes. Hennès aussi écrit « qu'à « la surface du cartilage existait le processus d'accrois- « sement indiqué par la formation et la division des « cellules ».

Citons encore Bidder qui dit : « Au point qui con- « fine au cartilage, on reconnaît à quelques endroits, « des espaces fusiformes dans lesquels se trouvent deux « à trois cellules serrées les unes contre les autres. » Et il ajoute : « On ne saurait dire si c'est là un processus prolifératif ou une formation de cellules cartilagineuses aux dépens du périchondre. » Nous aurons plus loin l'occasion de discuter toutes ces particularités. On peut donc dire après avoir analysé la structure histologique du cartilage, que les appendices du cou constituent toujours des fibro-chondromes, pour employer l'expression du professeur Lannelongue, c'est-à-dire qu'ils renferment toujours des cartilages, sans cependant former de véritables tumeurs, au sens clinique du mot. Au contraire, les appendices auriculaires ne sont pas toujours des fibro-chondromes. Assurément beaucoup d'entre eux renferment du cartilage, mais d'autres également sont mous, uniquement formés de tissu fibreux ou fibro-graisseux. C'est là une différence qui nous a paru intéressante à signaler.

Lésions concomitantes. — Il nous semble, comme l'indique notre maître, M. Rieffel, dans sa communication, que les appendices congénitaux du cou existent dans l'immense majorité des cas, à l'état de manifestation isolée.

Ainsi dans 32 cas sur 37, l'appendice existait absolument seul.

Nous notons seulement, dans le cas de Buttersach, l'hypertrophie thyroïdienne, qu'accompagne l'atrophie d'une lame de l'os hyoïde, et l'existence d'un petit appendice auriculaire au dessous du tragus. Dans le cas de Reverdin et Mayor, il est dit aussi qu'il y avait en même temps une tumeur congénitale de la joue gauche et une petite fistule devant le tragus. Notons en passant que dans ce dernier cas, l'appendice auriculaire était absolument mou, dépourvu de substratum résistant, celui du cou, seul, contenait une tigelle cartilagineuse. Dans le cas de Grimm, on note la coexistence d'une petite tumeur cutanée devant l'oreille droite.

En tous cas, il paraît important que ces appendices ne coexistaient jamais, dans aucun des cas rassemblés, avec une fistule congénitale du cou, et qu'ils ne recouvraient pas une dépression fistuleuse, formant sur elle comme un opercule.

Voyons au contraire ce qui se produit pour les appendice auriculaires souvent multiples. On les voit parfois entourer comme d'une collerette l'orifice d'une fistule congénitale, et il n'est pas rare de noter leur association avec d'autres vices de conformation dont

Ballantyne donne l'énumération complète. Quelques-uns de ces vices de conformation qu'on trouve associés aux appendices auriculaires sont même très sérieux et très graves. Nous retrouvons ainsi parfois de véritable monstruosités ; l'acranie, la spina-bifida, dans des cas de Wirchow, la cyclopie, la microphtalmie, le coloboma ; des tumeurs dermoïdes de l'œil, principalement de la cornée et de la sclérotique, indiquées par Vronick et d'autre observateurs. Puis l'absence d'anus ou de rectum constatée par Sue, par Potteau, etc.

D'autres malformations se voient aussi plus communément associées aux appendices auriculaires, telles sont la macrostomie, la macroglossie, la gueule de loup, les becs de lièvre, puis les divisions du voile du palais et de la voûte palatine.

Enfin une mention particulière doit être faite pour les anomalies concomitantes de l'oreille ; l'absence de lobule, le ratatinement et l'absence de la conque, la division du tragus, l'absence de la membrane du tympan.

Ces petites particularités sont curieuses, et au point de vue des lésions concomitantes notre énumération indique combien les appendices auriculaires et ceux du cou se comportent d'une façon absolument dissemblables.

CHAPITRE III

Particularités cliniques.

Ce chapitre est nécessairement fort court, car les appendices congénitaux du cou n'ont pas de clinique. Ce sont, dans l'immense majorité des cas, de petites grosseurs méritant à peine au point de vue clinique, le nom de malformation, ne causant aucun trouble, ne gênant guère le malade.

Parfois il survient de petits incidents, qu'on notait chez l'enfant de M. Duplay : le frottement de la peau sur l'arête cartilagineuse peut produire une légère excoriation qui devient douloureuse.

L'ablation de ces petites apophyses ne peut donc avoir d'intérêt qu'au point de vue esthétique et M. A. Broca, dans un excellent article écrit : « Que l'ablation au bistouri est indiquée quand les appendices sont gênants ou disgrâcieux. »

Il est toutefois un point qui mérite quelques considérations ; il est relatif à l'accroissement des appendices congénitaux du cou.

Presque tous les auteurs considèrent qu'ils n'augmentent pas de volume après la naissance. M. Lannelongue se fait le défenseur de cette opinion lorsqu'il écrit : « Ils peuvent augmenter un peu de volume pendant les premiers mois participant ainsi en quelque « sorte, à l'accroissement normal, mais plus tard ils « restent stationnaires. On les retrouve chez l'adulte « avec les mêmes proportions que chez l'enfant. »

Dans la plupart des cas, cette opinion est exacte. Elle mérite cependant quelques restrictions. Dans quelques observations, il est dit que ces petites tumeurs après être restées stationnaires s'accroissent d'une façon assez notable sans cependant atteindre un volume considérable (Obser. VII).

Or ces faits cadrent bien avec ce que nous avons dit sur l'état du périchondre qui paraît parfois le siège de prolifération cellulaire.

On peut supposer que dans certains cas, sous l'influence d'une excitation traumatique, d'une affection intercurrente, à l'époque de la puberté, les cellules sous périchondriques peuvent entrer momentanément en prolifération et l'on explique ainsi d'une façon naturelle la part d'accroissement consignée dans plusieurs observations. Mais nous tenons à faire remarquer qu'il s'agit là, cliniquement, de prolifération temporaire, passagère, s'arrêtant aussitôt que la cause qui l'a produite cesse d'agir ; et il ne faudrait pas en conclure que les appendices du cou deviennent facilement des chondromes au sens pathologique du mot. Un fait cependant, dont nous devons tenir grand compte,

prouve que le pronostic n'est pas fatalement bénin, et ce cas est celui de Trèves. Ce fait est relatif à un chondrome bronchiogène du cou, qui a pris naissance aux dépens d'un appendice congénital, et ce fait démontre que la prolifération physiologique pour ainsi dire du cartilage, peut devenir morbide, et ainsi les appendices congénitaux du cou rentrent ou peuvent rentrer à l'occasion à l'origine de toutes les malformations branchiales.

Du moins, c'est l'opinion de Trèves partagée par Jordan (1), qui cite le cas d'un homme de 53 ans, qui présente à la région moyenne du sterno-mastoïdien gauche une tumenr présentant d'abord le volume d'un œuf d'oie, et s'étant rapidement accrue, pour acquérir un volume énorme, qui a conduit le malade à la mort en provoquant des phénomènes de compression et des hémorrhagies.

Trèves après avoir discuté la pathogénie de cette tumeur, exclut son origine aux dépens des glandes thyroïdes accessoires ou aberrantes, et la rattache à des vestiges d'un arc pharyngien.

(1) *Jordan*. Handbuch der prackt, chir., t. II, p. 14.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Un certain nombre de théories ont été émises anciennement pour rendre compte des appendices congénitaux tant à la fois de ceux de la face et de ceux du cou.

Certains auteurs avaient supposé que les appendices branchiaux pouvaient s'expliquer par l'existence d'une petite côte surnuméraire et devenue rudimentaire. On sait en effet que dans certaines circonstances le tubercule antérieur des apophyses transverses cervicales, peut s'allonger pour ainsi dire, et donner lieu à une côte cervicale. On avait pensé que cette côte persistait seulement à sa partie antérieure, cartilagineuse, et qu'ainsi cette partie terminale constituait l'appendice.

Il n'est pas besoin de faire remarquer que cette théorie est tout à fait invraisemblable, qu'elle ne s'appuie sur aucune constatation embryologique et que d'ailleurs l'appendice est toujours superficiel alors que s'il dépendait d'un rudiment costal, il devrait néces-

sairement être sous musculaire, tout au moins sous le sterno-mastoïdien.

Tout le monde admet actuellement que ces appendices congénitaux sont liés à un trouble dans l'évolution de l'appareil branchial. Quelques notions d'embryologie nous paraissent indispensables. Parmi les arcs branchiaux, le premier ne prend pas part à la constitution du cou, ce ne sont que les deuxième, troisième et quatrième ; mais ces arcs eux-mêmes n'ont pas tous une importance égale à ce point de vue. On sait en effet que le deuxième arc devient tout à fait prépondérant, qu'il s'allonge dans tous les sens, surplombe les troisième et quatrième arc, et qu'il vient en définitive s'unir en bas à la saillie péricardique et à la paroi thoracique antéro-latérale, en constituant en bas et en arrière un petit prolongement, le prolongement operculaire de His. Tandis que le deuxième arc branchial encore dit hyoïdien, s'accroit, les troisième et quatrième sont de plus en plus refoulés dans la profondeur et ne contribuent guère, le quatrième tout au moins, à l'édification du squelette ostéo-cartilagineux du cou.

De cette façon il arrive que les parties molles de la région cervicale antéro-latérale, sont une dépendance presque exclusive du deuxième arc, ainsi que l'ont demontré les recherches concordantes de His, de Rabl, Bonn, Kölliker.....

En raison même de l'inégalité d'accroissement, les arcs cessent de rester parallèles l'un à l'autre. Le troisième et le quatrième arc se trouvent pour ainsi dire

en retrait et il se forme à la limite postérieure du deuxième arc une véritable fosse, désignée sous le nom de sinus cervical précervical.

On comprend que ce sinus soit borné superficiellement par le deuxième arc tandis que son fond est représenté par les troisième et quatrième arcs. Le sinus cervical se forme ensuite, d'une part, parce que le troisième arc sautant par dessus le quatrième, s'unit à la paroi latérale du cou, d'autre part, parce que l'opercule du deuxième arc s'unit à la paroi latérale du tronc.

Le sinus précervical n'occupe pas pendant toute la durée de son existence une situation identique. Au fur et à mesure que le peuxième arc s'accroît, il paraît refoulé de plus en plus vers la région céphalique, mais tout en se maintenant dans cette migration apparente sur le trajet d'une ligne qui correspond sensiblement au futur bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Et Rabl a d'ailleurs démontré que le muscle en question se développe sur le trajet d'une ligne qui s'étendrait de l'extrémité postérieure de la première fente branchiale à l'extrémité postérieure du sinus cervical.

Entre le deuxième et le troisième arc existe normalement la deuxième poche branchiale, et l'on sait que c'est à la persistance plus ou moins notable de cette fente que sont dues les fistules congénitales du cou.

Sans nous appesantir sur l'histoire de ces faits, deux points nous intéressent dans une certaine mesure. Le premier est relatif au siège de l'orifice

externe de ces fistules. On sait en effet que les appendices congénitaux du cou ont un siège qui concorde remarquablement avec celui de ces orifices. Le second point concerne les modifications possibles dans la topographie des appendices, qu'on voit dans certains cas remonter de bas en haut, se placer en face du cartilage thyroïde, de l'os hyoïde, en suivant pour ainsi dire le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Un fait absolument semblable est comme pour les fistules et n'a pas lieu de surprendre. Puisque le canal de Rabl qui part de la deuxième fente pharyngienne peut s'arrêter en n'importe quel point de ce trajet, et puisque le sinus cervical subit les modifications que nous avons mentionnées il y a un instant.

Ceci posé, essayons de pénétrer plus avant dans la pathogénie des appendices du cou proprement dits

Qu'ils soient d'origine branchiale, la chose paraît indéniable. Tout l'indique : leur siège précis, leur bilatéralité assez fréquente, enfin, leur structure et leur morphologie.

C'est précisément parce qu'ils ne répondent pas à tous ces desiderata que notre maître, M. Rieffel, se refuse à considérer comme dépendant de l'arc branchial, quelques faits étudiés comme tels par leurs auteurs, ainsi par Muishead, Trèves, Voituriez.

Muishead (1) a vu chez un enfant de cinq semaines,

(1) *Muiskead.* Cité dans Lannelongue et Ménard. Affections congenitalee, 1889, p. 543.

d'ailleurs bien conformé, une large bande de cartilage, dure, peut-être même ossifiée, ressemblant en longueur et en largeur au sterno-mastoïdien lui même. Elle s'étendait de l'oreille à l'angle du sternum. On pouvait la mobiliser d'avant en arrière et elle n'adhérait à aucun des os avoisinants : maxillaire inférieur, temporal, clavicule. Cette anomalie unilatérale occupait le côté gauche.

Dans le cas de Trèves, il s'agit d'une enfant de trois ans, normalement constituée d'ailleurs, qui présentait sur la partie moyenne du sterno-cleido-mastoïdien gauche, intimement accolée aux fibres musculaires une production cartilagineuse de forme allongée, à peine saillante sous les téguments.

Enfin, dans le cas rapporté par Voituriez, il s'agit d'un malade de Duret chez lequel, de chaque côté, sur le sterno-mastoïdien, existaient des masses dures fixées par la contraction musculaire.

Dans ces cas de Muishead, Trèves et Voituriez, il y a bien la même structure que dans les appendices congénitaux du cou, mais il ne semble pas qu'on soit en droit de rapporter les deux ordres de malformations à des conditions pathogéniques semblables car, si les appendices sont pédiculés, accolés au bord antérieur du sterno-mastoïdien, les cas auxquels nous venons de faire allusion concernent au contraire des plaques cartilagineuses sessiles intimement adhérentes au muscle et à son aponévrose d'enveloppe ; enfin, et surtout, elles occupent la face externe du sterno-mastoïdien et comme nous l'avons dit, le bord antérieur du

muscle marque la limite des parties molles du cou qui dépendent de l'appendice branchial. Aussi, se basant sur ces diverses particularités, notre maître émet l'opinion que ces plaques se rattachent à une myosite ossifiante congénitale de forme circonscrite.

Nous pourrions ajouter à ces faits celui de Lengemann qui est relatif à des restes cartilagineux d'origine congénitale occupant le muscle sterno-mastoïdien. Ces fragments cartilagineux formés de cartilage fibro-élastique étaient particulièrement intéressants en ce sens qu'ils paraissaient être la cause de contractions cloniques et toniques du sterno-mastoïdien droit.

Nous éliminons donc des appendices congénitaux les cas qui ne répondent pas à la topographie précise sur laquelle nous avons plusieurs fois insisté.

Mais comment interpréter de véritables appendices branchiaux ?

Schultze invoquait l'existence d'un arc branchial surnuméraire et M. Duplay expliquait son fait en disant que : « ces productions osseuses sont évi-« demment le vestige d'un arc branchial dont l'évo-« lution a été anormale. »

Virchow les rapportait à des troubles de l'évolution des deuxième, troisième et quatrième arcs branchiaux. Weinlechner partageait la même opinion. MM. Poirier et Retterer soutiennent également qu'ils pouvaient dépendre du troisième et quatrième arc. Grimm incrimine même la deuxième fente branchiale, et M. Lannelongue dit : « Les appendices qui occupent le bord antérieur du sterno-mastoïdien, appar-

tiennent d'une manière presque évidente à la quatrième fente. »

De semblables théories ne peuvent plus être soutenues actuellement et en se basant sur l'évolution normale des arcs pharyngiens il est incontestable qu'ils se rattachent uniquement au deuxième arc ou à la deuxième poche, puisque le troisième et le quatrième arc avec les poches intermédiaires sont refoulés vers la profondeur et n'ont pas la moindre valeur au point de vue de la formation des parties molles du cou.

Mais dépendent-ils de la deuxième fente ou du deuxième arc?

La fente, qui par sa persistance plus ou moins étendue donne naissance aux fistules branchiales, ne peut être incriminée à notre avis.

Nous savons bien que Hensinger, Manz, Matas ont décrit dans la paroi des fistules branchiales des nodules cartilagineux plus ou moins nombreux.

Karewski signale même un cas où la paroi toute entière était incrustée de cartilage sur toute sa longueur. S'appuyant sur ces constatations, la plupart des auteurs actuels ont pensé qu'un nodule occupant l'orifice externe d'une fistule congénitale pouvait sous une influence quelconque se pédiculiser et devenir l'origine d'un appendice congénital; et Van Duyse incriminait particulièrement des adhérences amniotiques qui, par leurs tractions, joueraient mécaniquement un certain rôle dans la production des appendices, en même temps qu'elles s'opposaient à l'occlusion de fentes branchiales.

Cette opinion de Van Duyse ne repose malheureusement sur aucune constatation et du reste il est un fait capital à notre sens sur lequel insiste M. Rieffel dans son mémoire, et qui nous empêche d'accepter la théorie actuelle, c'est que, dans aucun des cas que nous avons rassemblés, on ne trouve une fistule de la deuxième fente, coexistant avec un appendice du cou.

Que des nodules cartilagineux puissent exister sur le trajet d'une pareille fistule ou border son orifice cutané, cela n'a rien qui puisse nous surprendre, car beaucoup d'auteurs et le professeur Kirmisson en particulier insistent sur la tendance à la production d'os et de cartilage au niveau des fentes et des arcs bronchiaux ; mais ce n'est pas une raison pour rattacher les fistules et les appendices à une seule et même cause.

Les fistules sont des vices de conformation par arrêt, les appendices des anomalies congénitales par excès de développement. Quant à préciser davantage, la chose est fort difficile.

Kostanecki avait supposé que ces excroissances n'étaient qu'une persistance, que l'opercule normal. Mais cette hypothèse a été abandonnée par son auteur lui-même.

Tout ce que nous pouvons accepter, c'est l'existence au début de la vie fœtale, d'un état irritatif anormal des tissus, d'une activité exagérée des cellules embryonnaires, provoqués par une influence tout aussi obscure et inconnue que celle qui préside à la patho-

génie des autres vices de conformation de l'organisme.

Cette influence est-elle mécanique, thermique ou traumatique, nous n'en savons rien ; nous pouvons uniquement supposer sa mise en jeu.

Mais pourquoi cette influence fait-elle sentir son action plutôt en un point qu'en un autre?

On sait d'une manière générale, comme l'a bien montré Virchow, qu'au niveau des points où se fait normalement l'occlusion des fentes embryonnaires, la vitalité des tissus semble un peu plus énergique qu'ailleurs. Il en est ainsi au niveau de la face, au niveau du périnée et également au niveau du cou où se fait l'occlusion de la deuxième fente bronchiale. Et si les appendices congénitaux occupent dans l'immense majorité des cas, le même siège que les fistules pharyngiennes congénitales, cela tient à ce que ce point est précisément, en raison de ces phénomènes, l'un de ceux où se produit le plus souvent cet état irritatif auquel nous avons fait allusion.

Pour nous résumer, on peut donc dire que les troubles dans le développement du deuxième arc bronchial ne se manifestent pas seulement par des défauts de production qui sont les fistules, mais par des productions exagérées qui sont les appendices ; et nous ajouterons en terminant que ces derniers nous semblent postérieurs comme apparition aux appendices de la face, ceux-là étant pour ainsi dire toujours à l'état de manifestation isolée, ceux-ci au contraire souvent associés à d'autres malformations. Or, on sait que les

anomalies tératologiques sont d'autant plus graves plus conséquentes, plus multiples, qu'elles se produ sent à une époque plus reculée de la vie embryon naire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Personnelle.)

Un enfant, le nommé F. Dupont, âgé de 6 ans 1/2, se présente, le 30 mai 1902, à la consultation de l'hôpital Cochin, porteur d'une petite tumeur implantée perpendiculairement sur le milieu de la face superficielle du sterno-cleido-mastoïdien gauche, à 3 cent. au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Cette tumeur est un appendice qui mesure 25 mm. de longueur sur 7 à 8 mm. d'épaisseur ; il ressemble à un doigt demi-fléchi, mais est légérement plus gros à son extrémité terminale qu'à son point d'implantation ; il adhère au cou par une base un peu aplatie de haut en bas et d'avant en arrière. Cet appendice est tout à fait indolore (souvent l'enfant tire dessus pour s'amuser). Pris entre les doigts, il est dans son tiers externe mou, lipomateux, dans ses deux tiers internes, la peau glisse sur un tissu dur, de consistance cartilagineuse. On

reconnaît là, comme une tigelle, qui se prolonge jusqu'au bord antérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien, point où toute sensation de dureté disparaît, même lorsqu'on cherche à plonger dans la gouttière carotidienne. Il n'existe aucune adénopathie.

Les renseignements nous apprennent que cet appendice existait à la naissance. Il était rattaché à ce moment à son point d'implantation par un pédicule très mince d'environ 4 mm. de diamètre. Son volume était la moitié de celui qu'il présente aujourd'hui. La mère est très affirmative sur ces points, de même que sur le suivant : Primitivement molle, la petite grosseur n'a commencé à devenir dure que vers l'âge de deux ans. La consistance serait plus ferme lorsque l'enfant est en colère. Toutefois, les mouvements respiratoires, les cris, les efforts, etc., n'impriment certainement aucune modification au volume et à la consistance de l'appendice. Nous notons seulement que lorsque l'enfant déglutit, son extrémité terminale se porte en haut et en avant, tandis que la peau se plisse sur sa face antérieure au niveau du point d'insertion.

L'examen de la bouche nous montre une voûte palatine bien conformée. La région amygdalienne, examinée très attentivement ne révèle rien d'anormal.

L'enfant est venu au monde à terme ; il a marché à 14 mois. A 7 mois, il a eu le croup ; on a dû pratiquer la trachéotomie, qui a laissé une cicatrice au niveau de l'espace crico-thyroïdien. A 3 ans, il a eu les oreillons.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Le père et la mère n'ont aucune malformation ; il en est de même pour le frère et la sœur du petit malade.

L'ablation de l'appendice pratiquée le 8 juin, après anes-

thésie à la cocaïne, par deux petites incisions curvilignes, circonscrivant la base de la tumeur. Réunion par première intention. Une dissection attentive du pédicule n'a permis de découvrir aucun tractus se portant dans la profondeur vers le larynx, la trachée ou dans la région carotidienne.

Examen macroscopique. — En disséquant l'appendice, on voit que la peau intacte n'adhère en aucun point aux parties sous-jacentes. L'axe de la petite tumeur est occupé par une masse de cartilage qui, à sa partie moyenne, est simple et à ses extrémités se bifurque. La bifurcation externe se présente comme deux branches parallèles, longues de 15 mm., qui, à leur terminaison, se fusionnent en un renflement qui adhère au sommet du cône cutané par un peu de tissu fibreux. L'extrémité interne s'allonge en deux branches divergentes qui s'unifient à leur partie moyenne et se terminent librement chacune par une pointe mousse. En aucun point, on ne trouve de canal. Sur la partie moyenne de la tige cartilagineuse, on reconnaît assez aisément un mince périchondre. Le tissu cellulaire est très vasculaire, riche en valvules.

L'examen microscopique n'a pu être pratiqué, car la pièce a été égarée dans le laboratoire du professeur Cornil.

OBSERVATION II

(Kirmisson.)

Un petit garçon de trois semaines est porteur d'un fibrochondrome congénital, siégeant sur la partie latérale droite et

inférieure du cou, à 1 cent. environ au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule. La petite tumeur est implantée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien droit. Elle adhère aux parties sous-jacentes par un pédicule résistant qui pénètre à une certaine profondeur. On sent dans son épaisseur deux noyaux isolés, l'un au niveau du pédicule, l'autre dans la partie libre de la tumeur. Celle ci a le volume d'une grosse fève ; elle retombe par son poids sur la peau sous-jacente et est recouverte d'un duvet plus abondant que sur les régions voisines.

On pratiqua l'ablation et on fit l'examen histologique, dont voici les résultats :

Au dessous de la peau et du tissu cellulaire sous cutané, se voit le noyau central cartilagineux. Il est composé de deux éléments différents : d'abord un réseau de fibrilles conjonctives avec quelques fibres élastiques rares, qui forme un système aréolaire qui contient le second élément, les cellules cartilagineuses. Mais tandis qu'au centre on ne trouve qu'une seule cellule dans chaque loge, à la périphérie on rencontre jusqu'à deux ou trois cellules par loge. En outre, dans cette région excentrique, on arrive à trouver des cellules avec un ou deux noyaux.

OBSERVATION III

(Grimm.)

Enfant de 3 ans (sexe et âge non indiqué). Sur la partie antéro-latérale gauche du cou existe une petite tumeur de

volume d'une cerise, située à 3 centimètres au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire, sur la face externe du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Elle paraît fixée par un petit pédicule qui mesure 5 millimètres de large. Cet appendice qui est rigide, se détache nettement du cou. Par la palpation on sent une tigelle dure de consistance cartilagineuse, qu'on peut suivre pendant un centimètre et demi dans la direction inférieure et interne. La tumeur est peu mobile. Elle existe depuis les premiers jours de la naissance, mais elle n'aurait acquis ses dimensions actuelles que depuis peu de temps.

OBSERVATION IV

(*In* Lannelongue et Achard.)

Tiolet Auguste, garçon, âgé de deux mois et demi, est apporté à la consultation de l'hôpital Trousseau en mars 1886. Il porte sur la partie latérale gauche du cou, juste au niveau de la face externe du sterno-cléido-mastoïdien, en regard du faisceau sternal et à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, une petite tumeur dont les caractères sont les suivants : Elle a la forme d'un appendice cutané saillant, comparable au molluscum et proéminent d'un centimètre et demi environ. Elle est formée de deux parties ; l'une, régulière pédiforme ; l'autre irrégulière ; celle-ci se confond avec la base de la tumeur qui n'est pas pédiculée. Quand on la prend avec les doigts, on reconnaît qu'elle se compose d'un revêtement

cutané comparable à la peau normale et glissant sur la tumeur ; elle porte à sa surface quelques poils follets ; on n'y voit pas de trace de cicatrice, sauf en un point ou la peau semble un peu amincie et déprimée. Ce point déprimé correspond à la partie irrégulière de la tumeur. Sous le revêtement cutané le doigt qui explore la tumeur trouve une protection dure et résistante, qui donne l'impression des cartilages de l'oreille. Cette lame cartilagineuse glisse sur les parties profondes ; on ne peut dire qu'elle se détache de la gaine du sterno-cléido-mastoïdien, mais elle ne tient que faiblement à elle.

Rien à noter du côté de la mère ; la grossesse a été bonne et l'accouchement facile. Des cinq enfants de la mère, deux seulement sont vivants ; les trois autres sont morts du croup, de la méningite et de phtisie. Aucun vice de conformation dans la famille.

Opération, le 9 mars 1886. — La tumeur a été excisée à sa base et on a reconnu, en effet, qu'elle adhérait par quelques tractus fibreux à la gaîne du sterno-cléido-mastoïdien. Elle a été extirpée sans hémorragie. La tumeur, excisée en trouve, partant de sa base, une petite tige cartilagineuse, unique d'abord, qui bientôt se bifurque. Une des branches de bifurcation est courte. un peu inégale et présente comme des saillies irrégulières du cartilage ; c'est elle qui soulève la peau à la base de la tumeur. La seconde branche monte jusqu'au sommet de la tumeur ; elle a 1 centimètre 1/2 de long ; elle est en forme de lame et présente aussi des inégalités à sa surface ; elle se compose d'un tissu fibro-cartilagineux, et une couche de périchondre la recouvre. Tout à fait à son extrémité cette lame présente quelques tractus fibreux qui vont à la peau.

L'examen histologique, après durcissement dans l'acide picrique, montre que la tige centrale de la tumeur est formée par des îlots de cartilage réticulé séparés par des travées conjonctives.

La peau qui recouvre la tumeur offre de petites papilles et des follicules pileux nombreux, les uns complètement développés, les autres à différents stades de leur évolution

Le derme est séparé du cartilage central par un pannicule adipeux.

OBSERVATION V

(Lannelongue et Ménard.)

Femme de cinquante-deux ans, blanchisseuse, entrée à l'hôpital Bichat pour broncho-pneumonie.

Elle porte depuis sa naissance deux petites tumeurs à la région sous-hyoïdienne. Toutes deux sont situées sur le relief que forme le chef sternal du sterno-mastoïdien à droite et à gauche. Elles sont à peu près symétriques : cependant celle de droite est sur un niveau un peu inférieur par rapport à celle de gauche elle est à trois centimètres environ au dessus de l'extrémité interne de la clavicule. La tumeur de droite à la forme et les dimensions d'un pois ; celle de gauche est un peu plus volumineuse et allongée comme un petit haricot. Leur consistance est ferme, fibro-cartilagineuse. Elles sont élastiques et reviennent à leur position quand on les en écarte ; à leur base on sent une petite masse résistante qui semble prolonger les

tumeurs sous la peau... et elles paraissent adhérer aux parties profondes par un pédicule.

On ne trouve aucun autre vice de conformation. Pas de fibro chondromes préauriculaires. Oreilles normales. Le cou est assez court, Pas de fistules branchiales.

Taches pigmentaires sur la sclérotique de l'œil droit, près du limbe cornéal, au côté externe. Taches de vitiligo multiples. Chéloïde sur la cicatrice d'une éruption ancienne à la partie postérieure de l'épaule droite.

OBSERVATION VI

(Hermès.)

Un garçon de neuf ans, bien conformé, offre dans la région antérieure du cou, deux appendices qui existent depuis la naissance. Au dire de la mère, ils ne se sont que très peu modifiés, ils ont très peu grandis. Recouverts par une peau normale ils ont une base assez large, et sont renflés à leur extrémité terminale.

Ils sont situés a 9 centimètres au dessus de l'articulation sterno-claviculaire et d'une façon à peu près symétrique. L'appendice du côté gauche est cependant un peu plus gros et mesure 25 millimètres de long. Tous les deux s'incurvent en dehors et en bas.

Pas d'ablation.

OBSERVATION VII

(Hermès.)

Un garçon de douze ans est porteur depuis sa naissance, d'un prolongement cutané mamelonné, situé sur la face antéro-latèrale droite du cou, à 2 centimètres et demi au dessus de l'articulation sterno-claviculaire sur le bord interne du sterno-mastoïdien.

Cet appendice s'est notablement accru depuis la naissance, car à ce moment il n'avait que les dimensions d'un pois tandis qu'à l'heure actuelle il égale en longueur et en épaisseur le segment terminal du petit doigt.

Il mesure un centimètre de long. Sa base large se dirige en avant et en haut. Il est recouvert par une peau lisse et peu mobile.

A la palpation, on sent dans la profondeur une dureté cartilagineuse. Ce cartilage qui est court, aplati de haut en bas, convexe en dehors peut être légèrement poursuivi vers la trachée. Il adhère d'une façon assez intime au sterno-mastoïdien dont il suit tous les mouvements. Sur le côté gauche du cou, il n'y a rien d'anormal.

Pas d'ablation.

OBSERVATION VIII

(Reverdin et Mayor.)

Un garçon de 6 mois, porteur de grosseurs congénitales qui siègent à l'oreille, à la joue et au cou du côté gauche, dans la région du bord interne du sterno-mastoïdien.

A la hauteur du bord inférieur du cartilage thyroïde se trouve une tumeur formée d'un petit pédicule bifurqué à son extrémité. L'ensemble de la production est rigide, reprend sa place quand on l'infléchit, renferme un squelette dur et élastique, et paraît se prolonger un peu dans la profondeur.

A l'oreille, deux saillies dressées également, l'une en avant, l'autre en avant et au dessus du tragus. On trouve, de plus, une tumeur mollasse sur la joue gauche.

Il y avait du cartilage dans la tumeur du cou.

Les grosseurs existaient à la naissance et n'avaient pas du tout augmenté de volume.

Dans la tumeur du cou on trouvait un cartilage réticulé dont la substance fondamentale était remplacée en grande partie par des trousseaux de fibres élastiques entrecroisés en divers sens. Cet arc cartilagineux est entouré de périchondre qui, sur sa face externe, se transforme en tissu conjonctif serré, tissu dans lequel se rencontrent des fibres élastiques et que parcourent des artérioles des veinules et de petits troncs nerveux.

OBSERVATION IX

(Wolkenrath. Clinique de Trendelenburg.)

Un adolescent (dont l'âge et le sexe ne sont pas indiqués) est porteur, depuis sa naissance, sur le côté gauche du cou d'une petite tuméfaction qui avait augmenté à la puberté. Elle siège à la partie moyenne du sterno-mastoïdien près de son bord antérieur. Elle forme une saillie pisiforme dure, recouverte d'une peau normale mobile.

Son extrémité renflée portait un tractus de l'épaisseur d'une allumette qui se prolongeait d'environ 15 millimètres vers la profondeur.

Cet appendice fut extirpé, et l'examen histologique démontra qu'il était constitué par du cartilage réticulé.

OBSERVATION X

(Wolkenrath)

Chez un adulte existe, à deux travers de doigt au dessus de la clavicule gauche sur le bord externe du sterno-mastoïdien, une saillie de la forme et du volume de l'apophyse coracoïde, dont le sommet est tourné en dedans. La peau qui la recouvre

est normale. Elle est formée d'une masse cartilagineuse. Pas d'ablation.

OBSERVATION XI

(Bechmann.)

Chez un homme de 47 ans, entré à l'hôpital pour néphrite chronique et albuminurique, existe au cou un appendice qui n'a guère grossi depuis la naissance. Au dire de la mère, le cordon ombilical aurait été adhérent au cou. Aucune autre malformation chez lui, ou chez ses parents, frères et sœurs.

Cet appendice se trouve à la partie antéro-latérale droite du cou, répondant au bord externe de la portion sternale du sterno-cleido-mastoïdien. De consistance cartilagineuse, à bords irréguliers, il est facilement mobile sous la peau. Il comprend deux portions, l'une, plus épaisse, en massue, descendant vers l'échancrure sternale et longue de 2 centimètres, l'autre, placée à angle droit, est dirigée de haut en bas. Elle a 1 centimètre de long. Cet appendice n'est pas douloureux spontanément, ni à la pression.

Face et oreilles sont normales. Pas d'ablation.

OBSERVATION XII

(Aurnhammer.)

Femme, domestique, 26 ans, qui n'aurait remarqué des excroissances du cou que depuis six ans. Depuis sa naissance porte au devant de l'oreille droite une tumeur mamelonnée, et au devant de l'oreille gauche un orifice fistuleux. Pas d'hérédité.

La tumeur de l'oreille droite est grosse comme un pois, et on y sent *indistinctement* un petit corps de consistance cartilagineuse.

A gauche, sur l'épine de l'helix, se trouve la fistule dans laquelle on pénètre de quatre centimètres avec un stylet.

A la face antérieure du cou on trouve de chaque côté, à gauche un peu plus haut qu'à droite, une petite tumeur ressemblant à un mamelon proéminent, plus grosse que celle de l'oreille à laquelle elle ressemble. La tumeur du côté droit est située sur le bord externe de la portion sternale du sterno-mastoïdien, à 2 centimètres de l'attache sternale.

A gauche elle est un peu plus en dehors dans l'angle supérieur du triangle de Sédillot.

On sent dans ces tumeurs, à droite un petit corps gros comme une fève ; à gauche le corpuscule dur est un peu plus petit.

En tendant la peau on voit transparaître un cartilage blanc. En tendant la tête du côté opposé ces appendices n'accompagnent pas les mouvements, ce qui semble indiquer qu'ils adhèrent peu au sterno-mastoïdien.

Les deux côtés du cartilage thyroïde sont normaux.

OBSERVATION XIII

(Karweski.)

Enfant (âge et sexe non indiqués). Au cou existe un appendice cervical proéminent avec un prolongement cartilagineux de 3 centimètres. Cet appendice se porte en bas et en dedans vers le sternum. Aucune autre malformation. Pas d'ablation.

OBSERVATION XIV

(Birkett.)

Petite fille de 1 an 1/2.

Aux deux côtés du cou, à la hauteur de l'os hyoïde, existent deux petits appendices. Ceux-ci ressemblent comme forme et comme constitution au lobule du pavillon de l'oreille. Ils étaient recouverts de fins poils de duvet. En les pressant entre les doigts on sentait une masse cartilagineuse. Birkett les enleva soigneusement. C'étaient deux oreilles rudimentaires et très petites, enroulées sur elles-mêmes et de l'épaisseur ordinaire du cartilage du pavillon. Ces lobules anormaux paraissaient un peu plus gros que le lobule auriculaire naturel et avaient augmenté depuis la naissance. Il n'existait pas de con-

nexions avec l'os hyoïde. L'examen ultérieur démontra que dans chacun existait une conque nette avec un hélix incomplet. La masse cartilagineuse dans l'axe de la néoformation était accompagnée d'une artériole et se composait de cartilage réticulé.

OBSERVATION XV

(Poirier et Retterer.)

Sur le cadavre d'une femme de 40 ans, deux appendices, symétriquement placés sur la région antéro-latérale du cou, siégeaient sur le bord antérieur du sterno-cleido-mastoïdien à la hauteur de la membrane crico-thyroïdienne. De forme mamelonnée, ces productions formaient une saillie de 8 à 10 millimètres de hauteur : la peau qui recouvrait la saillie était mince et pigmentée, à la base du mamelon un sillon peu profond les séparait des parties voisines. Au toucher, ces saillies offraient une consistance ferme, résistante : elles jouisssaient d'une certaine mobilité qui permettait de diriger leur sommet dans tous les sens ; mais leur base, déjà plus fixe, paraissait s'enfoncer profondément sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien vers le pharynx, en se continuant avec un cordon fibreux facile à sentir. La dissection montra que les fibres du peaucier légèrement écartées, passaient sous les deux faces des petites tumeurs ; la veine jugulaire externe passait en dehors d'elles : l'adhérence avec l'aponévrose du sterno-mastoïdien était assez intime : enfin le tissu fibreux, qui continuait profondément les

petites masses dures, se perdait au niveau de la partie interne de la gaine des vaisseaux carotidiens. Le larynx et le pharynx étaient en l'état normal.

La structure de ces pièces cartilagineuses est celle des cartilages du pavillon de l'oreille.

OBSERVATION XVI

(Albert.)

Un garçon de 5 ans présente de chaque côté du cou un lobule ratatiné, gros comme un article de phalange, dans lequel on sentait une tige mobile presque aussi dure que de l'os.

OBSERVATION XVII

(Zahn.)

Sur le cadavre d'une femme de 26 ans il existe un appendice à deux travers de doigt au dessus de la clavicule droite. La petite tumeur, qui n'a pas ulcéré la peau, est mobile sur le sterno-mastoïdien. Elle est contenue dans les fibres de l'aponévrose sous-hyoïdienne un peu épaissie. Dirigée obliquement en bas et en dedans, elle est large et mince à sa partie inférieure, tandis que sa portion supérieure pédiculée est plus

épaisse. Sa longueur totale est de 2 centimètres. Sa surface est inégale en raison de petites bosselures. L'examen histologique démontre que c'est du tissu réticulé. Le périchondre est assez développé et en un point existe un commencement de ramollissement.

OBSERVATION XVIII

(Zahn.)

Chez une femme de 33 ans. sur le bord interne du sterno-mastoïdien droit à 4 centimètres au dessus des attaches sternales du muscle, se trouve une tumeur simulant un épaississement saillant en massue. Sous la peau, on sentait se prolonger un corps dur et unique, paraissant attenant au muscle. Il n'existe pas d'autre anomalie. Pas d'opération.

OBSERVATION XIX

(Zahn.)

Etudiant de 25 ans.

Sur la face antérieure du sterno-mastoïdien droit, existe une saillie hémisphérique à 30 millimètres de l'articulation sterno-claviculaire. C'est un nodule dur qui n'est pas mobile

sur le muscle. Cet appendice a apparu aussitôt après la naissance; il s'est accru ensuite d'une manière modérée mais continue.

Aucune autre anomalie.

OBSERVATION XX

(Duplay.)

J'ai eu l'occasion de voir un enfant de 5 ans, qui portait depuis sa naissance de chaque côté du cou, à peu près à la partie moyenne du bord antérieur du sterno-mastoïdien une sorte de petite apophyse dure et élastique analogue à une grosse arête terminée en pointe du côté de la peau perforée et se perdant au dessous du sterno-mastoïdien. Le petit corps du côté droit était plus court que le gauche et mesurait un peu plus d'un centimètre. Par suite du frottement de la peau sur l'extrémité de cette sorte d'arête il s'est, fait une légère excoriation qui est devenue douloureuse.

L'ablation de l'appendice fut faite. Celui-ci était constitué par du fibro-cartilage.

OBSERVATION XXI

(Bidder.)

Le 2 juillet 1889, se présentait à la clinique une fillette âgée de six mois. D'après la mère, elle porte depuis la naissance

sur la partie latérale droite du cou, une tumeur lenticulaire qui s'accroît peu à peu. L'enfant est sain et ne porte aucune aucune autre malformation. A peu près à la partie moyenne du sterno-mastoïdien entre l'angle maxillaire et le sternum, donc vis-à-vis du cartilage thyroïde, existe un soulèvement colloïde de la peau, aplati des deux côtés. L'appendice a son grand axe parallèle à celui du muscle et se laisse moins facilement déplacer sur celui-ci que sur la peau voisine qui a d'ailleurs son aspect normal. En saisissant la petite tumeur entre les doigts on sent en son milieu un corps dur, aplati, muni de tubercules latéraux. Extirpation le 10 juillet. Incision curviligne. La tumeur est facilement séparée de l'aponévrose cervicale contre laquelle elle est appliquée. Vive hémorrhagie pendant l'opération. Suture. Réunion par première intention. Examen de la pièce :

Longueur.	17 millimètres.
Epaisseur	6 à 7 millimètres.

La plaque dure du centre mesure un centimètre. Sur une coupe transversale, cette lame, qui est du cartilage, apparaît recourbée en crochet, d'aspect luisant, de couleur blanc bleuâtre. Contre cette plaque principale, il en est une seconde toute petite séparée d'elle par un peu de tissu conjonctif.

C'est du tissu réticulé. Les cellules cartilagineuses sont étroitement tassées les unes contre les autres et séparées du tissu sous-cutané par un épais périchondre. Ce dernier se compose de tissu conjonctif épais, fibreux, stratifié. Au point qui confine au cartilage, on reconnaît à quelques endroits des espaces fusiformes dans lesquels se trouvent deux à trois chondroblastes serrés les uns contre les autres.

OBSERVATION XXII

(Büttersach.)

Homme idiot, 33 ans, tailleur.

La moitié gauche du cartilage thyroïde est moins développée que normalement. La grande corne de l'os hyoïde du même côté est abaissée et rapprochée de ce cartilage. Le corps thyroïde est légèrement hypertrophié. Aucune autre malformation à l'exception de ses appendices cervicaux.

Sur la face externe du sterno-mastoïdien, à 3 cent. de l'insertion sternale, symétriquement de chaque côté, existe une petite saillie qui, à la palpation, paraît irrégulière, assez dure, arrondie, mobile sous la peau et un peu adhérente aux couches du muscle.

Au dessous du tragus gauche se trouve un appendice auriculaire gros comme un pois.

L'appendice cervical fut enlevé. Pendant l'opération, on remarqua que la masse cartilagineuse du centre se prolongeait dans la couche superficielle du sterno-mastoïdien. Le cartilage était de forme élancée, anguleux, un peu semblable au marteau de l'oreille.

L'examen histologique démontre que cet appendice est constitué par du cartilage fibro-élastique entouré d'un tissu conjonctif très vasculaire.

OBSERVATION XXIII

(Lossen.)

Garçon de 4 ans.

Sur le sterno-mastoïdien gauche, à peu près en son milieu, existait une tumeur lenticulaire pédiculée, à noyau cartilagineux, qui semble se porter dans la profondeur. Cet appendice fut enlevé.

Sa constitution est celle d'un tissu réticulé.

OBSERVATION XXIV

(Onodi.)

Étudiant en médecine de 22 ans.

A la partie médiane du côté gauche existe une saillie de consistance cartilagineuse, se rétrécissant peu à peu et descendant le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Cette saillie congénitale, large de 8 mm., longue de 28 mm., ne présente aucune connexion intime avec les parties voisines. Son côté convexe regarde la ligne médiane. Il s'en détachait un simple prolongement, long de 1 à 3 mm. L'appendice se trouvait à côté du cartilage thyroïde.

Après ablation, on constate que c'est du cartilage fibro-élastique type.

OBSERVATION XXV

(Wilde.)

Il s'agit d'un enfant chez lequel on rencontre, outre deux oreilles normales, deux autres ratatinées légèrement et situées sur les parties latérales du cou.

OBSERVATION XXVI

(Weinlechner.)

Garçon de huit ans.

Au bord interne du sterno-mastoïdien droit existe un bourrelet cutané de 2 centimètres et demi formant une masse rigide. La rigidité était due à la charpente cartilagineuse contenue dans son intérieur. En examinant l'appendice enlevé on vit que le cartilage n'était pas arrondi, mais aplati et anguleux. C'était du cartilage réticulé.

Le même auteur ajoute, sans insister, qu'il a observé sur le tiers inférieur du sterno-mastoïdien (au niveau de son bord interne) cinq fois à gauche et trois fois à droite, des appendices semblables de 10 à 15 millimètres.

OBSERVATION XXVII

(Virchow.)

Il cite le cas d'un jeune homme épileptique qui portait au côté (non spécifié) du sterno-mastoïdien, un peu au dessus de la clavicule un appendice long comme la phalange terminale du petit doigt.

Enlevé, on constata que cet appendice était constitué par du cartilage réticulé analogue au cartilage normal du pavillon de l'oreille.

OBSERVATION XXVIII

(Vyss.)

Enfant de quatre semaines, porteur, au cou, à côté de la ligne médiane au dessus de l'articulation sterno-claviculaire droite, d'un lobule ressemblant à celui de l'oreille, recouvert de peau normale. Dans l'intérieur on sentait une tigelle cartilagineuse pénétrant dans la profondeur.

OBSERVATION XXIX

(Fürstenheim.)

Enfant de sept ans, rachitique. Sexe non indiqué.

Au cou, symétriquement, deux appendices mamelonnés,

rigides, longs de un centimètre et demi siégeant à quelques centimètres au dessus de l'articulation sterno-claviculaire. On reconnaît au centre une petite tige cartilagineuse qui se prolonge vers la profondeur, ne présentant cependant aucune connexion soit avec la trachée soit avec le corps thyroïde.

Pas d'ablation.

OBSERVATION XXX

(Furstenheim.)

Garçon de dix ans, bien constitué.

Il présente au cou des deux côtés, une petite grosseur rigide longue d'un demi-centimètre contre le bord antérieur des sterno-mastoïdiens. Du côté gauche à 6 centimètres, et du côté droit à 7 centimètres au dessus de l'articulation sterno-claviculaires. On y reconnaît de minces tractus cartilagineux qui paraissent contourner le bord antérieur du sterno-mastoïnien. Pas d'extirpation.

OBSERVATION XXXI

(Fustenheim III.)

Un garçon de deux ans présente des appendices bilatéraux, situés, celui de droite à 1 cent., celui de gauche à 5 mm.,

au-dessus de l'articulation sterno-claviculaire. Ce sont de petites tumeurs rigides à axe cartilagineux qui paraît contourner le bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien pour gagner la profondeur. Pas de fistules branchiales. Il n'existe aucune autre malformation sur lui, ni dans sa famille.

Pas d'extirpation.

OBSERVATION XXXII

(Santesson.)

Garçon de 8 ans, portant depuis sa naissance du côté gauche du cou une excroissance digitiforme large de 1 cent. légèrement adhérente au tissu sous-cutané. Elle ne renfermait pas seulement un tuteur cartilagineux, mais une poutrelle osseuse qui ressemblait à une phalange.

CONCLUSIONS

I. — Les appendices congénitaux du cou constituent une malformation tout à fait exceptionnelle, surtout si on compare leur fréquence avec celle des appendices auriculaires avec lesquels on les étudie toujours dans les ouvrages classiques sous le nom de fibro-chondromes branchiaux.

On fait ressortir dans les descriptions, les analogies qui rapprochent ces deux variétés d'anomalies congénitales, mais on laisse profondément dans l'ombre les particularités qui différencient l'une de l'autre.

II. — Les appendices congénitaux du cou ont toujours un substratum cartilagineux contrairement aux appendices auriculaires.

III. — Ils peuvent à l'occasion subir un accroissement de volume assez notable et on peut même supposer qu'ils sont à l'origine d'une tumeur branchiogène.

Rien de pareil n'a été signalé dans les appendices auriculaires.

IV. — Au point de vue pathogénique ils se rattachent nettement aux troubles de l'évolution de l'appareil branchial; ce sont des anomalies par excès de développement, qu'il faut complètement séparer des fistules, même lorsque celles-ci présentent une paroi plus ou moins cartilagineuse.

V. — Leur siège est spécial, et s'explique peut-être par une activité particulière des éléments cellulaires au niveau du point où se fait normalement l'occlusion de la deuxième fente branchiale.

Vu : par le Doyen,

DEBOVE.

Vu : par le Président,

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Albert. — Traité de chir. clin. — Trad. franç. T. I, p. 458.

Aurnhammer. — Ueber einen seltenen Fall. congenit. Knorpelreste am Halse. Inaug. Diss München 1894.

Ballantyne. — Preauricular or branchial appendage. Teratologia. Janvier 1895. T. II, p. 18.

Bechmann. — Ueber einen Fall cong. Knorpelreste am Halse. In Diss. München 1897.

Bidder. — Eine cong. Korpelgesch. am Halse. Virchow's Arch. T. CXX, p. 194.

Birkett. — Cong. supern. and umperf. developed auricles on the sides of the neck. Transact. of path. Soc London 1858. T. IX. p. 448.

Buttersack. — Cong. Knorpelreste am Halse. Virchow's Archiv. 1886. T. CVI, p. 206.

Duplay. — Des fistules congénitales du cou. Archiv. générales de Médecine. 1885. T. I. p. 84.

Fürstensheim. — Kiemengangauswüchse mit Knorp. Gerüst. Archiv. f. Kinderheilk. 1895. T. XL. p 248.

Grimm. — Eine seltene Geschwulstbildung am Halse. Prag. med. Woch. 1892. N° 10, p. 103.

Hensinger et Manz. — Zu den Halskiemenbogen. Resten. Virchow's Arch. 1865. T. XXXIII, p 117.

Hennes. — Ueber angeb. Ausevuschse am Halse. Archiv. f. Kinderh. 1887. T. IX, p. 436.

His. — Ueber den Sinus precervicalis. Arch. für Anat. 1886. p. 421.

His. — Mith. zur Embryol. der Saügethiere und des Menchen. Arch. f Anat. 1881, p. 319.

Karewski. — Zur Path. Therap. der Fist. colli cong. Virch. Arch. 1893, T.CXXXIII, p. 237.

Kirmisson. — Traité des Mal. Chir d'orig. congénitale 1898, p. 168.

Kostanecki. — Die angebornen Kiemenfisteln Arch. f. Path. Anath. 1890. T. CXX, p. 73.

Lannelongue et Achard. — Traité des kystes congénitaux, 1886, p. 172.

Lannelongue et Ménard. — Affect. congén. 1891, p. 538.

Lengemann. — Cong. Knorp. in Musculus sternocleidomastoïdeus Bruns'Beitr. 1901. T. XXX, p. 107.

Lossen. — Cité par König in Deustche Chir. Fasc. 34, p. 46.

Onodi. — Cong Knorp. am Halse Pester med. Presse 1888. N° 6, p. 86.

Poirier et Retterer. — Cartil branch. bilateral, journal d'Anatomie. 1890, p. 149.

Rabl. — Zur Bildungsgesichte des Halses. Prager Med. Woch. 1886. N° 52. 1887. N° 1.

Reverdin et Mayor. — App. cong. de la région auriculaire et du cou. Rev. méd. Suisse Rom. 1887. T. VII, p. 458.

Santesson. – Eine angeb fingerförmige Excrescenz Hygica 1856. T. XV, p. 634.

Schultze. — Missbildungen im Bereiche des ersten Kiemenbogens. Arch. f. Path. Anath. 1860. T. XX, p. 378. 1866. T. XXXV, p. 208.

Treves. — A cong. cartil. tumour of the neck. Traus. path. Soc. London. 1889, T. XXXIX, p. 297 ;

Virchow. — Ueber die Enstehung des Enchondroms Monatssch. d. Akad. d. Wiss Zu Berlin, 1875, p. 771.

Voituriez. — Test. cart. de l'arc phar. chez l'homme. Journ. de Sc. Méd. Lille, 1888. p. 271.

Volkenrath. — Ueber die branchiog. Missbild. Inaug. Diss. Bonn. 1888.

Weinlechner. — Kiemengang. mit Knop. Gerüst. Gerhardt'. Handb. und Kind. 1887 T. VI. p. 1 4.

Wilde. – Arch. für Path. Anat. 1864. T. XXX. p. 222.

Wyss. — Ueberbleibsel der fötalen Kiemembogen Corresp. f. Schw. Aerzte 1876. N° 18. p. 540.

Zahn. – Ueber cong. Knorp. am Halse. Virchow's. Arch. 1889. T. CXV, p. 47.

Imprim. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.